Выдача медицинских документов по доверенности

В соответствии с требованиями:

статьи 7 (Конфиденциальность персональных данных) Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»,

статьи 13 (Соблюдение врачебной тайны) Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

статьями 182,185,186 Гражданского кодекса Российской Федерации

получение медицинских документов родственниками или иными лицами осуществляется по доверенности, заполненной лицом, проходившим медицинское обследование в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» или его Кисловодском филиале.

Подпись доверителя заверяется сотрудником ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД».

Образец заполненной доверенности

ДОВЕРЕННОСТЬ

на получение медицинской документации

г. Ставрополь\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_10» \_января\_\_\_\_2024\_\_\_\_\_\_г.

Я, \_Иванов Иван Иванович,

 паспорт серии \_\_\_00\_\_\_ №\_\_11111111\_\_, выдан «15\_» \_\_октября\_\_\_2021\_ г. , зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_г. Невинномысск\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_ул. Некрасова, д.3 кв. 6 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

настоящим доверяю \_Петрову Петру Петровичу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт серии \_\_\_00\_\_, №\_\_22222222\_, выдан « 9\_» июля \_\_\_\_2020\_\_г. ,

зарегистрированному (-ой) по адресу: \_\_\_\_г. Ставрополь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ул. Пирогова д.10, кв.9\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ получить от моего имени в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» медицинские документы: результаты лабораторных исследований, справки, копию медицинского заключения, копию выписки из медицинский карты пациента, иное \_\_\_\_\_\_\_\_\_

результаты исследований на ВИЧ, гепатит В, гепатит С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (нужное подчеркнуть или вписать иной вариант)

мои V□, моего ребенка □,

иного лица, законным представителем которого я являюсь □.

Я уведомлен и даю свое согласие на то, что при получении вышеуказанной медицинской документации Доверенному лицу будут раскрыты сведения, составляющие врачебную тайну, в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Никаких претензий к ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» по поводу раскрытия вышеуказанных сведений я не имею.

Я уведомлен и согласен с тем, что выдача некоторых копий медицинских документов, выписок, справок и т.д. является платной услугой, и гарантирую оплату моим доверенным лицом.

Доверенность действительна при предъявлении паспорта доверенного лица.

Подпись доверенного лица \_\_\_\_\_\_ххххххх\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подтверждаю.

ФИО доверителя \_\_\_\_Иванов И.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_хххххх\_\_\_\_\_\_

Подпись доверителя заверяю:

ФИО сотрудника ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» \_\_\_Сидорова А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_хххххх\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_